

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

347

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 mai 1899, à 1 heure

PAR

FRANÇOIS VIALARD

Ancien externe des hôpitaux,

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu et de la Maternité de Clermont-Ferrand,

Né à Le-Malzieu-Ville (Lozère), le 29 juin 1875.

Troubles nerveux cardio-pulmonaires CONSÉCUTIFS

AUX

AFFECTIONS STOMACALES

— ❖ —

Président : M. HAYEM.

Juges : MM. } POTAIN, professeur.
WURTZ, DUPRÉ, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

P. DELMAR, 23 bis, rue des Ecoles

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

347

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 mai 1899, à 1 heure

PAR

FRANÇOIS VIALARD

Ancien externe des hôpitaux,

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu et de la Maternité de Clermont-Ferrand,

Né à Le-Malzieu-Ville (Lozère), le 29 juin 1875.

Troubles nerveux cardio-pulmonaires

CONSÉCUTIFS

AUX

AFFECTIONS STOMACALES



Président : M. HAYEM.

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
WURTZ, DUPRÉ, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

P. DELMAR, 23 bis, rue des Ecoles

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHT.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des malad. des voies urinaires.	JOFFROY.
Clinique ophtalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement.	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
	GUYON.
	PANAS.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. DUPRÉ.	MM. LEPAGE	MM. THIROLOIX
ALBARRAN	FAURE.	MARFAN	THOINOT
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BONNAIRE	GILLE DE LA TOURETTE	MENETRIER	VARNIER.
BROCA AUG.	HARTMANN	MÉRY	WALLICH
BROCA AND.	LANGLOIS	ROGER	WALTHER
CHARRIN.	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
CHASSEVANT	LEGUEU	TEISSIER	WURTZ
DELBET.	LEJARS.	THIERY	
DESGREZ.			

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Souvenir éternel

A MA VÉNÉRÉE MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES TANTES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE

LE DOCTEUR GAGNON

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HAYEM

Officier de la Légion d'honneur

Médecin des hôpitaux,

Professeur de Clinique médicale

Membre de l'Académie de médecine.

AVANT-PROPOS

C'est pour nous un devoir, à la fin de nos études médicales, de remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux.

Que Monsieur le professeur Gagnon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, veuille bien accepter la dédicace de la thèse inaugurale de son ancien interne. Nous lui garderons une reconnaissance éternelle pour le dévouement tout paternel avec lequel il s'est efforcé de nous inculquer quelques principes de cette chirurgie dont il connaît bien des secrets.

Tous nos remerciements à Monsieur le professeur Planchard, qui, pendant la durée de notre internat à la Maternité, ne nous a ménagé ni son temps, ni son savoir.

Nous n'oublierons pas non plus les savantes leçons de Monsieur le professeur Tixier. A Paris, c'est le service de clinique médicale de l'hôpital St-Antoine que nous avons particulièrement suivi. Nous y avons écouté de belles leçons cliniques sur les affections de l'estomac, où se révèle la science profonde de Monsieur le professeur Hayem, auquel aujourd'hui nous adres-

sons tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

Monsieur le Docteur Thiercelin, chef de clinique, a droit lui aussi à toute notre reconnaissance : c'est lui qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, et pendant les recherches auxquelles nous nous sommes livrés, nous avons eu bien des fois l'occasion de mettre à profit, les nombreux et savants conseils qu'il nous avait prodigués.



HISTORIQUE

Il y a environ deux siècles que les cliniciens jetèrent pour la première fois les yeux sur l'estomac pour rechercher l'origine de certains troubles cardio-pulmonaires, dont l'état du cœur ou des poumons ne pouvait fournir l'explication.

Heberden, Wickmann, Butter observent des crises de palpitations dans le cours de certaines dyspepsies. Macqueen rapporte même cette phrase de l'un de ses malades : « Je me porterais bien, si je ne mangeais pas. »

Pour Ullersperger, en 1806, ces crises de palpitations sont liées à des lésions des organes abdominaux ou pelviens.

L'estomac est généralement hors de cause, affirment Brera et Averardi (1816) mais c'est le foie, c'est l'hypertrophie de cet organe qu'il faut accuser.

« Entre le cœur et l'estomac, il y a souvent échanges de mauvais procédés » répondent de leur côté J. Franck et Desportes.

En 1821, c'est Reeder, observateur sagace, qui nous dit : « L'indigestion, qu'elle vienne d'une affection de l'estomac primitive ou consécutive, à des maladies du foie, ou des autres viscères de l'abdomen ou même du pelvis, amène fréquemment une douleur plus ou moins aiguë dans la région du cœur s'étendant parfois jusqu'à l'épaule ou à l'avant-bras gauche. Une douleur sympathique peut affecter la région du cœur lorsque quelques-uns des viscères abdominaux ou pelviens sont malades et sans que l'estomac soit aucunement atteint, ou du moins pas assez pour supposer que ce soit par l'intermédiaire de cet organe, dans ce cas, la douleur doit être considérée comme dépendante d'une sympathie directe entre l'organe malade et le cœur. Cette occurrence doit être tenue comme rare en comparaison des autres cas. »

En 1861, c'est Capellé qui nous recommande « d'améliorer les troubles digestifs, si l'on veut améliorer les accès de palpitations. »

En 1879, c'est Monsieur le professeur Potain et Teissier fils (de Lyon) qui discutent savamment la pathologie des troubles nerveux cardio-pulmonaires.

En 1895, c'est Monsieur le professeur Hayem qui publie un beau cas d'asystolie aiguë d'origine gastrique.

Les noms de Chauveau, Arloing, Morel, François Franck sont sur toutes les lèvres lorsque l'on parle des

études sur la physiologie des nerfs pneumogastrique et grand sympathique.

Enfin, nous ne saurions oublier le nom de Huchard dont tout le monde connaît la compétence en matière d'affections cardiaques.



TABLEAUX CLINIQUES

I. — TROUBLES NERVEUX PULMONAIRES

Ils sont sans contredit moins nombreux que les troubles cardiaques, mais ils sont aussi fréquents et aussi importants. S'ils passent souvent inaperçus, c'est d'abord parce qu'ils sont souvent légers et alors attirent bien moins l'attention du malade que les crises de pseudo-angines de poitrine ou que les palpitations ; c'est ensuite parce que le médecin les méconnaît souvent ou plutôt les regarde comme une conséquence forcée des perturbations cardiaques dont ils sont indépendants.

Le plus souvent ils se traduisent par des accès de dyspnée, mais cette dyspnée présente des allures et des degrés qu'il convient de passer en revue.

I. *Premier degré ; forme légère.* — C'est une simple gêne respiratoire qu'éprouvent certains dyspeptiques après les repas. Sans doute, cette dyspnée peut se manifester à l'occasion d'un effort, mais dans l'immense majorité des cas, elle survient pendant le repos le plus absolu. Les anciens cliniciens l'avaient déjà

observée, mais l'interprétation leur avait échappé : ils la mettaient dans la grande classe des dyspnées « sine materia ». C'était donc constater un fait, mais ne pas l'expliquer.

Tantôt, le nombre des mouvements respiratoires est peu augmenté, tantôt il atteint le chiffre de 30 à la minute. Généralement le rythme est bien conservé, et la respiration n'est pas plus bruyante qu'à l'ordinaire. Si la crise est parfois de courte durée, souvent elle se prolonge pendant tout le temps de l'acte digestif. « Il y a des dyspeptiques, dit M. Barié, qui après avoir pris seulement quelques cuillerées de potage, accusent une gêne de la respiration, qui persiste pendant tout le temps présumé de leur digestion, et dont ils se plaignent plus ou moins vivement.

II. *Deuxième degré ; orthopnée ; asphyxie.* — Dans la forme précédente, la dyspnée était l'unique trouble pulmonaire, témoin de l'état dyspeptique. Elle n'était accompagnée d'aucun phénomène général alarmant et pour le malade et pour le médecin. Toute autre est la description de ce second tableau clinique. C'est encore après le repas, malgré l'état de repos dans lequel se trouve le malade, que la crise survient, mais elle est souvent précédée d'une aura. Cette aura, c'est tantôt l'apparition soudaine de rougeur et de chaleur à la région malar, c'est quelquefois une sensation de pesanteur à

la tête, c'est enfin le plus souvent un sentiment de plénitude, de constriction, qui de l'épigastre remonte le long de la trachée jusqu'au larynx, s'accompagnant ou non de spasmes glottiques. Beau avait donné à ce dernier symptôme précurseur le nom de « Aura gastro-épiglottique ».

Dans certains cas, rares il est vrai, Budd avait remarqué que l'accès s'annonçait par une toux sèche, pénible, quinteuse : c'est la « toux gastrique », que Beau n'omet point de signaler.

Bientôt la gêne respiratoire s'accroît. Le malade, s'il est couché, s'assoit sur son lit, ouvre largement la bouche, dilate ses narines, et appuie ses mains sur les objets qui l'entourent pour mettre plus facilement en jeu toutes ses forces inspiratoires. L'asphyxie devient de plus en plus imminente « le visage d'abord pâle se couvre d'une sueur visqueuse, surtout autour des yeux, aux lèvres et à la région malaire ; les extrémités se cyanosent et se refroidissent ; les pupilles se dilatent ; la parole est entrecoupée ». C'est alors qu'un médecin non prévenu, en présence de ces symptômes plus alarmants que dangereux, porte le diagnostic le plus sombre, alors que tout à coup soit à la suite d'un vomissement, soit sans cause apparente, tout rentre dans l'ordre.

Inutile de dire que la durée, le nombre, l'intensité des accès de dyspnée varient avec chaque sujet, et que,

pendant les paroxysmes, la palpation, la percussion, l'auscultation des poudons ne révèlent aucun bruit anormal.

II. — TROUBLES NERVEUX CARDIAQUES

Pseudo-angine de poitrine, palpitations, tachycardie, bradycardie, arythmie et asystolie aiguë : tels sont les troubles nerveux cardiaques que l'on observe le plus fréquemment durant le cours des affections stomacales.

1. *Pseudo-angine de poitrine.* — Les accès de pseudo-angine de poitrine sont pour le dyspeptique la complication la plus douloureuse et la plus effrayante. Ils sont pour le médecin la source la plus féconde en erreurs de diagnostic.

a) *Forme intense.* — En général, son début est brusque ; pas de période prodromique. Dans un cas seulement la crise s'est annoncée par une sensation à la fois bizarre et douloureuse, qui, des membres inférieurs gagnait la paroi abdominale, pour s'éteindre dans la région du cœur (deuxième observation personnelle). Qu'elle ait été précédée d'un symptôme précurseur, d'une *aura*, qu'elle éclate sans avertissement, la douleur précordiale ne tarde pas à atteindre son apogée. C'est une douleur atroce, s'irradiant dans la région cer-

vicale, aux lombes, le long des membres supérieurs, et dans leur langage imaginé mais expressif, les malades la comparent, soit à un lourd fardeau pesant sur leur poitrine, soit à une ceinture de fer, dont ils ne peuvent se débarrasser ; c'est une douleur angoissante, car elle donne au malade effrayé « la sensation de la vie qui s'éteint ».

L'on peut dire que cette première forme de la pseudo-angine de poitrine est rare. Il nous a été permis néanmoins de l'observer (observations personnelles I et II).

C'est celle qui éclate quelques minutes seulement après l'ingestion d'une parcelle d'aliment ou d'une cuillerée de potage ; c'est celle, qui ne dure que quelques instants, simulant ainsi à s'y méprendre, la véritable angine de poitrine.

b) *Forme légère et prolongée.* — Cette forme de pseudo-angine de poitrine n'est plus caractérisée comme la précédente par la douleur atroce, angoissante, si redoutée des malades, mais plutôt par une gêne douloureuse au niveau de la région précordiale, aux lombes, autour de la poitrine, au cou, le long des membres supérieurs.

Cette gêne douloureuse n'apparaît qu'au début de la période digestive, et ne cesse qu'avec elle. Elle semble donc intimement liée à l'acte de la digestion. Chez le malade de notre quatrième observation, elle est appa-

rue après le premier repas et s'est continuée pendant toute la journée.

II. *Palpitations*. — « Ce sont des battements sensibles et incommodes pour le malade ». Cette définition sépare nettement les palpitations de la tachycardie avec laquelle on a trop de tendance à les confondre et dont nous nous occuperons dans le paragraphe suivant.

Comme la pseudo-angine de poitrine, tantôt elles apparaissent sous forme d'accès, tantôt elles sont persistantes et prolongées : Tel dyspeptique, après avoir mangé, éprouve pendant quelques minutes la sensation « que son cœur bat avec violence dans la poitrine » ; tel autre après chaque repas est sujet à des palpitations qui se prolongent une partie de la journée ; chez un troisième enfin, on assiste un jour à une crise de pseudo-angine de poitrine, le lendemain ou quelques jours après à un accès de palpitations.

III. *Tachycardie*. — Eales signale la tachycardie dans certains cas de mobilité anormale du rein, Lucas-Championnière l'observe après des opérations gynécologiques, divers auteurs remarquent qu'elle peut accompagner les lésions de l'utérus ou de ses annexes, mais à M. Huchard revient l'honneur d'avoir montré qu'elle peut être liée à une affection stomacale (dyspepsie flatulente, dyspepsie hyperchlorhydrique). Si l'on ne

l'observe pas dans le cours de la plupart des maladies de l'estomac, c'est que l'on n'a pas pour habitude de la rechercher ; c'est, en effet, un phénomène qui ne s'impose pas et qui ne frappe pas l'attention du malade ou du médecin au même titre que les accès de pseudo-angine de poitrine, ou que les palpitations.

IV. *Bradycardie*. — C'est encore un trouble cardiaque que les anciens cliniciens signalent rarement. Cependant, Sommerville cite un cas de bradycardie à la suite d'une ingestion de poisson salé, et M. Vaquez l'a vu survenir à la suite d'une contusion de la région stomacale. Nous avons eu l'occasion de l'observer chez le malade de notre seconde observation. Sur le conseil de M. Thiercelin, chef de clinique, le malade de notre troisième observation, s'est mis à examiner régulièrement l'état de son pouls après le repas, et a pu ainsi assister à des accès de bradycardie.

V. *Arythmie*. — « On voit souvent pendant des mois et des années, dit M. Huchard, des malades arythmiques que l'on traite pour une affection du cœur, et qui sont uniquement des dyspeptiques ». Elle se manifeste tantôt par un bruit de galop, tantôt par de vraies intermittences.

VI. *Asystolie aiguë*. — C'est M. le professeur Hayem qui, en 1895, dans une leçon clinique publiée dans la

Médecine moderne, a le premier signalé l'asystolic aiguë d'angine gastrique.

Il s'agissait d'un individu, âgé de 42 ans, qui a son entrée salle Bazin (hôpital Saint-Antoine), présentait de l'oppression, une légère cyanose, du refroidissement des extrémités, un œdème mou des membres inférieurs, une augmentation du volume du cœur portant surtout sur le cœur droit, une tuméfaction du foie, une diminution des urines, tous signes d'affection cardiaque. On trouve une telle distension de l'estomac par les liquides et les gazs que le diaphragme se trouve immobilisé et le foie et le cœur refoulés. Il existait de plus un bruit bizarre rappelant le bruit du moulin et probablement dû aux secousses imprimées par le cœur au grand cul-de-sac de l'estomac rempli de gazs et de liquides, sorte de bruit de clapotage déterminé par les contractions cardiaques.

Nous fournirons l'explication de ce fait, telle que l'a donnée M. le professeur Hayem, au chapitre de la pathogénie.



ETIOLOGIE

Et d'abord, quelles sont les causes prédisposantes et occasionnelles des troubles nerveux cardio-pulmonaires dont nous venons de décrire les symptômes ?

Dans toutes nos observations, nous avons relevé un état de nervosisme assez accentué. Le père de notre première malade (observation I) était atteint de paralysie agitante ; elle-même, à l'âge de 16 ans, a présenté tous les symptômes d'une chloro-anémie assez intense (et l'on sait combien la chloro-anémie affecte le système nerveux). Du reste, elle a remarqué « qu'à la suite de cette maladie, elle était toute changée, qu'elle avait une tendance bien marquée à la mélancolie, à la tristesse, à l'irascibilité ». C'est un neurasthénique qui fait le sujet de la seconde observation. Ce sont des nerveux les malades dont M. le Dr Thiercelin nous a communiqué l'histoire. Si tous les dyspeptiques ne sont pas sujets à la dyspnée, aux palpitations, aux crises de pseudocardie de poitrine, à la tachycardie, à la bradycardie, à l'arythmie, c'est parce que tous ne sont pas des nerveux. Pour éclore, les troubles nerveux cardio-pulmo-

naires demandent un terrain prédisposé: ce terrain, c'est un état de nervosisme héréditaire ou acquis, sous toutes ses formes (neurasthénie, hystérie, chloro-anémie, alcoolisme).

C'est la période digestive qui semble être, le plus souvent, la cause provocatrice des troubles nerveux cardio-pulmonaires: ils commencent avec elle et se prolongent avec elle. Sans doute, quelquefois, on peut accuser la trop grande quantité de matières ingérées, mais, dans certains cas (et ils sont assez nombreux), il a suffi de la plus petite parcelle d'aliment ou même de potage pour en provoquer l'éclosion. M. Potain ne citait-il pas l'exemple d'une dame qui ne pouvait pas avaler une pilule sans voir arriver des accès de palpitations. Ces considérations nous permettent de tirer des conséquences pratiques au point de vue du traitement.

Et maintenant, dans le cours de quelles affections stomacales observe-t-on tout particulièrement les troubles nerveux cardio-pulmonaires?

Dans les nombreux cas d'ulcères ou de cancers de l'estomac qu'il nous a été donné d'étudier dans le service de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, nous n'avens jamais relevé ni dyspnée, ni palpitations, ni crises de pseudo-angine de poitrine, ni tachycardie, ni bradycardie, ni arythmie. Peut-être, dès leur début, ces mêmes affections, alors qu'elles sont encore superficielles, sont-elles accompagnées du cortège de symp-

tômes que nous venons d'énumérer. N'ayant jamais eu l'occasion d'examiner des malades à cette première période, nous ne saurions l'affirmer.

C'est, au contraire, dans le cours des dyspepsies que ces troubles sont les plus fréquents. Ces états dyspeptiques peuvent être passagers (dans le simple embarras gastrique, par exemple) ; ils peuvent être aussi tenaces que la maladie à laquelle ils sont liés (aménorrhée, métrites, néphrites, chloro-anémie, goutte, rhumatisme, syphilis, tuberculose, affections de l'urèthre et de la vessie). Il n'est pas jusqu'aux « gastropathies latentes », signalées par M. le professeur Hayem, qui ne puissent être invoquées. « Il y a, en effet, des individus, dit M. Huchard, qui accusent de bonnes digestions et qui font de la dyspepsie sans le savoir, comme M. Jourdain de la prose ».

Nul doute que, dans toutes ces affections stomacales, il ne soit survenu des modifications intéressant soit la quantité, soit la qualité du suc gastrique. Il devenait donc nécessaire et intéressant de faire l'analyse du suc gastrique de quelques dyspeptiques atteints de troubles nerveux cardio-pulmonaires. M. Carrion, auquel nous adressons tous nos remerciements, a bien voulu nous communiquer les résultats des analyses du suc gastrique de deux malades dont nous rapportons les observations (observations III et IV).

I. — Docteur G... de Montréal (Canada) (observation III)

Pas de liquide à jeun ; après 60 minutes, peu de liquide.

$$\begin{aligned} A &= 0,091 \\ H &= 0,003 \\ C &= 0,091 & \alpha &= 0,95 \\ H + C &= 0,094 & T/F &= 1,53 \\ T &= 0,269 \\ F &= 0,175 \end{aligned}$$

II. — Vigues (observation IV)

Liquide à jeun, abondant, facile à retirer.

$$\begin{aligned} A &= 0,315 \\ H &= 0,138 \\ C &= 0,186 & \alpha &= 0,95 \\ H + C &= 0,324 & T/F &= 3,06 \\ T &= 0,481 \\ F &= 0,157 \end{aligned}$$

Des résultats de ces deux analyses, nous ne pouvons tirer aucune conclusion : la première, en effet, nous révèle une légère hypopepsie, la seconde une hyperpepsie assez accentuée.

En somme, nous arrivons seulement à vérifier la valeur de cette loi de Lasèque : « Une lésion superficielle et de simples troubles fonctionnels des organes exaltent les réflexes, tandis que les lésions organiques plus ou moins profondes les suppriment. »

Encore cette loi de Lasègue ne s'applique-t-elle qu'à la théorie réflexe que nous allons étudier et nullement à la théorie mécanique qui, depuis 1895, grâce à M. Hayem, semble être sortie de l'oubli où elle était tombée, et qui, à elle seule, sans le secours de causes prédisposantes (névropathies), explique certains faits.



PATHOGÉNIE

I. — THÉORIE MÉCANIQUE.

C'est la première en date : c'est en effet celle qui devait tout naturellement venir à l'esprit des premiers observateurs.

Elle est ainsi conçue : à la suite d'un repas trop copieux, ou à la suite de l'accumulation d'une trop grande quantité de gazs (chez certains individus atteints de dyspepsie flatulente), l'estomac distendu outre mesure, refoule le diaphragme, et par l'intermédiaire de ce muscle, entrave le bon fonctionnement de l'appareil cardio-pulmonaire, d'où dyspnée, palpitations, bradycardie, arythmie, tachycardie, accès de pseudo-angine de poitrine suivant les cas. Les adversaires de cette théorie objectèrent en vain que dans l'ascite, dans la péritonite tuberculeuse, dans les kystes de l'ovaire, où le refoulement du diaphragme est plus complet et par conséquent l'appareil cardio-pulmonaire beaucoup plus à l'étroit dans le thorax, on n'observait jamais de troubles nerveux soit cardiaques soit pulmonaires. On leur répondait que l'ascite, que la péritonite tuberculeuse,

que les kystes de l'ovaire ne refoulaient que graduellement le diaphragme, ne diminuant que petit à petit le volume de la cage thoracique, et que par conséquent cœur et poumons pouvaient à loisir régler leur fonctionnement dans un espace devenant de jour en jour plus étroit.

On arrivait en somme à cette conclusion : c'est une dilatation stomacale, mais une dilatation brusque, qui engendre les troubles nerveux cardio-pulmonaires.

Mais dernièrement encore, dans le service de la clinique médicale de l'hôpital St-Antoine, nous avons pu voir pratiquer par M. Thiercelin, chef de clinique, plusieurs insufflations de l'estomac. Cette insufflation, faite à l'aide de la poire en caoutchouc et de la sonde stomacale, est rapide, elle peut être portée assez loin, elle peut être continuée assez longtemps : une dilatation ainsi provoquée remplit donc bien toutes les conditions nécessaires pour causer des perturbations soit cardiaques, soit pulmonaires. Eh bien, il n'en est rien : après une opération inoffensive, le pouls n'est ni plus lent, ni plus fréquent, ni irrégulier ; le malade n'accuse ni palpitations ni accès de pseudo-angine de poitrine.

D'autre part avec cette théorie, comment pourrait-on interpréter les cas où les troubles nerveux se sont produits quelques minutes seulement après l'ingestion de la parcelle d'aliment la plus minime, d'une pilule

(cas de M. Potain) ou même de quelques cuillerées de potage?

Toutefois on ne saurait complètement rejeter cette théorie. C'est par elle en effet qu'on arrive à expliquer les troubles cardio-pulmonaires qui surviennent chez les gros mangeurs, troubles assez intenses, allant quelquefois jusqu'à la cyanose et au refroidissement périphérique. Comment sans le secours de cette théorie comprendre le cas d'asystolie aiguë d'origine gastrique signalé et décrit pour la première fois par M. le Professeur Hayem et dont nous avons donné un résumé au chapitre des « tableaux cliniques » ? Voici du reste l'explication de ce cas telle que nous la trouvons dans le tome IV du traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel et Gilbert : « Le déplacement du cœur n'expliquait probablement pas tous les symptômes. Il ne permettait pas de comprendre à lui seul la distension du cœur droit et une gêne de la circulation assez grande pour amener de l'œdème et une diminution des urines. M. Hayem pense que le refoulement du diaphragme a agi sur les poumons plus encore que sur le cœur. L'immobilisation du muscle, la compression de l'organe respiratoire ont pu augmenter la tension dans l'artère pulmonaire et jouer le rôle attribué par M. Potain à la contraction réflexe des capillaires. Cette opinion semble confirmée par les remarquables et prompts effets du traitement. Le nettoyage de l'estomac à l'aide de lavages,

en diminuant la tension stomacale, en réduisant la distension excessive, amena la guérison ».

II. — THÉORIE DE L'INTOXICATION.

Cette théorie sous différents noms (théorie humorale, théorie toxique) a été adoptée par de nombreux auteurs. C'est Murchinson toutefois qui en a été le promoteur et le partisan le plus convaincu. Il assimilait les perturbations du cœur et des poumons au cours des dyspepsies, aux troubles que l'on observe du côté de ces mêmes organes soit pendant la durée de l'ictère, soit à la suite des injections de bile (Expériences de Kleinpeter).

Elle est ainsi formulée : il y a dans l'estomac décomposition, fermentation, et élaboration de substances toxiques. Ces produits sont absorbés et passent dans la circulation sanguine. Si le cœur droit est touché le premier, c'est qu'il se trouve en contact immédiat avec le sang de la veine-cave inférieure, si riche en toxines. A son tour, et par contre-coup, le cœur gauche subirait les atteintes du cœur droit.

Aux partisans de cette théorie nous répondrons d'abord, que tout acte de décomposition, de fermentation, d'élaboration de produits toxiques, demande un certain temps, et que ce n'est pas en quelques minutes qu'il peut être accompli. Comment alors se fait-il que

dans certains cas les troubles nerveux cardio-pulmonaires apparaissent dix, quinze, ou vingt minutes après le repas?

En second lieu, dire décomposition, fermentation, élaboration de produits toxiques, c'est dire substances capables de se décomposer, de fermenter, d'élaborer de tels produits. Peut-on donc raisonnablement supposer que quelques bouchées de viande rôtie, qu'une pilule, que quelques cuillerées de potage remplissent toutes ces conditions?

Nous reconnaissons toutefois que cette théorie aussi bien que la précédente peut expliquer les troubles qui surviennent chez les gros mangeurs, surtout s'ils sont gourmets, à la suite de l'ingestion de coquillages, de viandes fumées, de gibier faisandé. On sait en effet combien grand est le rôle des toxines alimentaires : c'est du reste ce dernier point, qu'un élève de M. Huchard, le Dr Picard, a essayé de mettre en lumière dans sa thèse « La dyspnée toxique, d'origine alimentaire ».

III. — THÉORIE RÉFLEXE

C'est celle que Stokes énonçait lorsqu'il admettait « le retentissement par voie nerveuse des affections gastro-hépatiques sur le cœur ».

I. — *L'estomac peut être l'origine de réflexes :*

Sénac enseignait « qu'il n'y a point dans le corps de partie qui ne puisse causer des palpitations ». Les canaux biliaires irrités par des calculs, l'intestin encombré de matières fécales ou de vers, ne donnent-ils pas lieu à de l'angoisse, à de la dyspnée? M. Armain-gaud (de Bordeaux) n'a-t-il pas assisté à des accès de palpitations chez deux nouvelles accouchées dont l'utérus avait été irrité par un travail trop laborieux?

M. Huchard n'a-t-il pas vu survenir des troubles cardiaques à la suite d'applications de cautères? Black, Blackwall, Jurine, ne disent-ils pas qu'une violence extérieure portant sur la région thoracique peut donner lieu à une douleur précordiale? M. le professeur Potain, Capelle, Caizergues (de Montpellier) n'ont-ils pas accusé des névromes du bras gauche d'être l'origine de réflexes du côté du cœur? Du reste, Heberden, Parry, Butter, Wickmann, Beau, Brera, Averardi, Ullersperger reconnaissent que dans le cours des dyspepsies l'estomac peut devenir le point de départ d'actes réflexes. On ne saurait donc refuser à cet organe une propriété qu'on accorde à d'autres organes. M. Huchard a donc raison de dire « l'estomac est très réflexogène ». C'est ce que va nous démontrer du reste l'étude des nombreuses terminaisons nerveuses que renferme cet organe. Deux grands nerfs innervent en effet l'estomac : le grand sympathique et les deux vagues. Devenu antérieur, le pneumogastrique gauche forme sur la face anté-

rière de l'estomac le vaste plexus stomacal antérieur ; le plexus stomacal postérieur non moins important est formé par le pneumogastrique droit, chargé de l'innervation de la face postérieure. De ces deux plexus se dégagent des fibres terminales aussi nombreuses que serrées, qui pénètrent dans les tuniques de l'organe. Il y a encore deux nouveaux plexus : un plexus extra musculaire, et un plexus sous-muqueux, ce dernier ayant des mailles très étroites aux nœuds desquelles sont accolés de petits ganglions. C'est de ce plexus qu'on a comparé avec raison au plexus de Meissner de l'intestin, que partent pour monter dans l'épaisseur du chorion muqueux de l'estomac, de nombreuses fibrilles nerveuses, qui se terminent par un renflement sphérique ou en massue enclavé entre les cellules épithéliales (Cacciola-Rabé-Mavalichin, Andrea Capparelli, Erick Muller).

Que la tunique musculuse chargée de brasser le bol alimentaire au moment de l'acte de la digestion soit obligée de lutter fortement (comme cela arrive dans certaines dilatations stomacales), et alors le plexus intramusculaire, tirailé par ce travail forcé, pourra devenir l'origine de réffexes. Que la tunique muqueuse, gonflée, ecchymosée, éraillée même (ainsi que cela a lieu dans bien des dyspepsies), ne protège plus suffisamment les fibrilles terminales du plexus muqueux, et alors le suc gastrique modifié dans sa qualité et dans sa quantité ou la plus petite parcelle d'aliment solide,

donneront lieu à des troubles réflexes, soit du côté des poumons, soit du côté du cœur.

II. *Mécanisme de l'acte réflexe.* — Le point de départ du réflexe étant localisé et admis, quelle en est la marche?

C'est en se basant sur l'expérience faite dans le laboratoire de Chauveau, par Arloing et Morel, que certains auteurs ont cru pouvoir répondre à cette question.

Voici la description résumée de cette expérience : Un chien est couché sur le côté droit ; la trachée est ouverte et garnie d'une canule à trachéotomie, elle-même munie d'un soufflet pour la respiration artificielle. Les deux nerfs pneumogastriques sont mis à nu et isolés, ainsi que l'estomac, le cœur et les poumons, au moyen d'une incision pratiquée sur le côté gauche du thorax. Auparavant, la résolution musculaire complète de l'animal a été obtenue au moyen d'une injection de curare dans la veine jugulaire. Un trocart est ensuite plongé à l'origine de l'artère pulmonaire. De la canule de ce trocart part un tube en caoutchouc dont l'autre extrémité est adaptée à l'une des tubulures d'un flacon à trois tubulures, rempli d'une solution alcaline de bicarbonate de soude. Des deux autres tubulures de ce flacon partent deux tubes, dont l'un également rempli d'une solution alcaline communique avec

un manomètre enregistreur ; l'autre plein d'air s'adapte à un tambour en bois. Les deux électrodes d'un appareil à induction sont alors promenées sur la région stomacale et l'on voit bientôt monter la tension de l'artère pulmonaire. Si l'expérience est prolongée, on assiste à la dilatation momentanée des cavités droites du cœur et à l'apparition de leurs symptômes (claquement du second bruit de l'artère pulmonaire ; renforcement du choc diastolique ; souffle d'insuffisance tricuspidienne) auxquels se joignent bientôt les troubles nerveux cardio-pulmonaires (dyspnée, tachycardie, arythmie, etc...).

Dans cette expérience, l'excitation partie des rameaux nerveux de l'estomac, gagne les centres nerveux, d'où elle se réfléchit sur les capillaires pulmonaires et engendre leur contraction. De cette contraction résulte l'augmentation de tension dans l'artère pulmonaire, et consécutivement des perturbations dans le bon fonctionnement du cœur et des poumons.

Pour Arloing et Morel, c'est l'action du grand sympathique abdominal qui est mise en jeu, car le même phénomène s'observe après la section des deux vagues et même des sympathiques cervicaux qui, dans le cou du chien, sont accolés aux deux pneumogastriques et sectionnés avec eux, et dont l'action est par le fait même supprimée. En faveur de cette opinion admise encore par F. Franck, Frey et Brown-Séquard, plaide

la dilatation pupillaire constamment observée au cours de l'expérience.

Mais au Congrès de Montpellier (1879), M. le professeur Potain, et Teissier fils (de Lyon), ont soutenu une interprétation toute différente. Sans nier complètement l'action du grand sympathique abdominal, ils ont prétendu que c'était principalement dans le domaine du pneumogastrique que se passait l'acte réflexe, qui engendrait les troubles nerveux cardio-pulmonaires, Wundt, Armpurger sont du même avis.

Nous croyons qu'il convient de scinder cette question de pathogénie et de dire :

1^o) Lorsque les troubles nerveux cardio-pulmonaires sont précédés de dilatation et d'hypertrophie des cavités droites du cœur, par conséquent d'augmentation de tension dans l'artère pulmonaire, c'est surtout la voie du grand sympathique abdominal qui suit le réflexe ;

2^o) Lorsque les troubles nerveux cardio-pulmonaires ne sont précédés ni de dilatation, ni d'hypertrophie des cavités droites du cœur, c'est la voie du pneumogastrique qui suit le réflexe.

N'est-ce pas du reste dans cette même voie que se passe l'acte réflexe qui engendre les palpitations du début de la tuberculose, les vomissements de Morton, et les crises de pseudo-gastralgie des aortiques ?

L'étude des « synergies morbides » du pneumogastrique montre, en effet, qu'entre les filets stomacaux,

pulmonaires et cardiaques de ce nerf, il y a souvent échange de mauvais procédés.

IV. — THÉORIE MIXTE

Stokes ne pouvant expliquer par la théorie précédente tous les faits cliniques qu'il observait, formula cette dernière théorie : « Dans l'appréciation de ces faits, dit-il, il est difficile de séparer les palpitations dues à un état sympathique de l'estomac, de celles qui sont produites par certains ingesta toxiques ».

En résumé, la théorie mécanique et la théorie réflexe nous paraissent les plus vraisemblables.



DIAGNOSTIC

Le diagnostic étiologique des troubles nerveux cardio-pulmonaires est entouré des plus grandes difficultés.

I. — *Accès de pseudo-angine de poitrine*: Ils présentent des caractères que tout praticien doit avoir bien présents à l'esprit, sous peine d'en méconnaître l'origine:

I) Ils surviennent, en général, pendant la période de la digestion, quelquefois même brusquement, à la suite de l'ingestion de la plus petite quantité d'aliment solide ou liquide;

II) Ils sont précédés d'une sensation de pesanteur et constriction à la région épigastrique;

III) Loin d'être l'apanage d'un avancé, ils se rencontrent souvent chez l'enfant et chez l'adolescent;

IV) Les individus qu'ils frappent sont des dyspeptiques et des névropathes;

V) La douleur qu'ils occasionnent est plutôt précordiale que sous-sternale.

VI) On ne meurt pas d'une crise de pseudo-angine de poitrine consécutive à une affection stomacale.

Hâtons-nous cependant de dire que, souvent, ces accès de pseudo-angine de poitrine simulent à s'y méprendre les crises de la véritable angine de poitrine.

II. *Palpitations* : Ce sont les accès de palpitations qui donnent lieu, le plus souvent, à des erreurs de diagnostic, car ils attirent immédiatement l'attention du médecin du côté du cœur, alors que généralement cet organe ne présente aucune lésion : « Les palpitations sont un indice que le cœur n'est pas atteint ou ne l'est que faiblement ; tout malade qui se plaint de palpitations doit être supposé exempt de maladie de cœur : je voudrais voir cette sentence inscrite dans nos amphithéâtres et dans nos salles de consultations. » (Potain.)

Hirtz de Strasbourg n'avait-il pas pour habitude de dire : « Toutes les fois qu'un malade se plaint de palpitations, auscultez les poumons. » Toutefois, avec M. le Professeur Potain, nous lui répondrons : « Toutes les fois qu'un malade se plaint du cœur, cherchez l'état de son estomac ou de son intestin, car les palpitations qui prennent leur origine dans ces deux derniers organes, sont encore de beaucoup les plus fréquentes. »

III. — *Bradycardie* : Lorsqu'un malade, à la fois dyspeptique et neurasthénique, maigrit, présente de l'asthénie musculaire, de la bradycardie, on se laisse aller trop souvent à prononcer le nom d'« affection bulbair », alors que la dyspepsie et la neurasthénie suffi-

sent pour expliquer et l'asthénie musculaire et la bradycardie. Pareille erreur n'a-t-elle pas été commise par un spécialiste en maladies nerveuses, au sujet du malade qui fait l'objet de notre troisième observation ?



PRONOSTIC

Le pronostic des troubles cardio-pulmonaires n'est pas fatal, mais il est sérieux :

I) Parce que, parmi ces troubles, il en est certains plus alarmants que dangereux, qui plongent le malade dans une anxiété continuelle et ne tardent pas à le rendre hypocondriaque.

II) Parce qu'ils sont tenaces : leur véritable origine est en effet souvent méconnue du médecin et par le fait même le bon traitement n'est pas assez tôt appliqué.



TRAITEMENT

Le diagnostic des troubles nerveux cardio-pulmonaires étant bien établi, à quelle médication faut-il avoir recours ?

Pendant les accès. Contre les crises de pseudo-angine de poitrine, peut-on lutter avantageusement au moyen du nitrite d'amyle ou de la trinitrine ? Nous ne le croyons pas. Deux médications, aujourd'hui que l'étiologie et la pathogénie des accidents qui nous occupent sont mieux établies, doivent se partager les faveurs des praticiens. En premier lieu, c'est le vomitif. C'est après avoir vomi que la malade qui fait le sujet de notre première opération a subitement été soulagée. Monsieur le professeur Potain cite aussi l'exemple d'une dame « sujette à des palpitations violentes et extrêmes, revenant sous forme d'accès prolongés, et s'accompagnant de douleur précordiale » qui trouvait sa guérison dans l'administration de l'émétique. En second lieu, ce sont les exercices de gymnastique suédoise. Le massage stomacal, pratiqué directement avec les doigts, loin de calmer la crise, l'exagère. Mais il n'en est pas de même

du massage indirect, à l'aide de la contraction des muscles grands droits de l'abdomen, contraction provoquée dans les mouvements d'extension exagérée du tronc. Pour le malade de notre seconde observation, ce moyen est radical.

A la dyspnée, à la gêne respiratoire, on peut opposer le chloral, les opiacés, les bromures, le sirop d'éther. Les vomitifs, les exercices de gymnastique suédoise, pourraient bien être ici aussi d'un grand secours.

Contre la bradycardie, la tachycardie, l'arythmie, nous sommes désarmés : le plus souvent, on est réduit à rassurer le malade, tout en le soumettant au repos le plus absolu. Mais ici se trouve un écueil qu'il faut à tout prix éviter : c'est l'administration des médicaments dits cardiaques (digitale, caféine, sparteïne, convallaria maïalis). « On prescrit la digitale, dit Huchard, encore la digitale, toujours la digitale, et plus on en prescrit, plus les troubles arythmiques augmentent. »

Dans l'intervalle des accès : Que le médecin soit bien persuadé de cette idée que la maladie n'est pas au cœur, mais bien à l'estomac. L'estomac, voilà l'organe qu'il faut surveiller en dehors des accès. « Il faut, dit Huchard, avoir l'œil sur l'estomac ; il faut l'entourer d'un soin pieux. » Toutefois, avant de prescrire les modificateurs de la sécrétion stomacale (Eaux de Vichy - Eaux de Carlsbad - bicarbonate de soude - amers), il faut faire l'analyse minutieuse du suc gastrique et cette

étude du chimisme stomacal dictera le plus souvent le choix du médicament.

Enfin, M. le professeur Hayem a obtenu des lavages de l'estomac de réels succès.

Le traitement hygiénique ne devra pas être oublié. Il faut s'attacher à convaincre le malade de toute son importance. On sera même quelquefois obligé de recourir au régime lacté, exclusif, sévère, qui, dans bien des cas, semble le meilleur remède des états dyspeptiques. Chomèl avait raison de dire : « Les médicaments ne guérissent la dyspepsie que rarement et surtout avec le concours de l'hygiène ; on digère autant avec ses jambes qu'avec son estomac. »

Contre l'élément nerveux qui domine chez bien des malades, il faut savoir réagir : s'appliquer à remonter leur moral par tous les moyens possibles, telle devra être la principale préoccupation du médecin. D'un autre côté, la douche froide paraît jouir d'une faveur bien méritée.



OBSERVATIONS

Le nombre des observations que nous reproduisons à la fin de cette étude est restreint : nous avons tenu en effet à publier seulement des observations personnelles ou inédites.

OBSERVATION I

(personnelle)

Dame X..., 40 ans.

Père atteint de paralysie agitante.

Dans le passé pathologique de notre malade rien à relever jusqu'à l'âge de 18 ans. Mais à cet âge elle est atteinte de chloro-anémie intense, améliorée considérablement à l'époque de son mariage (24 ans) « cependant, dit-elle, je sentais que je n'étais plus la même : la maladie m'avait toute bouleversée, avait changé mon caractère, et m'avait laissé une certaine tendance à l'irascibilité, à la mélancolie, et à la tristesse ». Elle était en effet devenue une nerveuse.

En 1883, souffrant de troubles gastriques (digestions pénibles et difficiles, pesanteur d'estomac, insomnie après les repas, pyrosis) elle consulte un médecin qui la déclare atteinte de gastrite chronique et lui ordonne force doses de

bicarbonate de soude et bien d'autres médicaments. Pas d'amélioration jusqu'en 1889, date du premier accès.

Premier accès : En janvier 1889, un quart d'heure après le repas du soir (potage, côtelette) la sensation de pesanteur qu'elle éprouve dans la région épigastrique, devient plus forte que d'habitude. Elle croit à une simple indigestion, demande une tasse de thé, mais avant de l'avoir absorbée, elle est subitement prise d'angoisse avec douleur précordiale très vive, douleur s'irradiant tout le long du bord interne du membre supérieur gauche jusqu'à l'annulaire. Au membre supérieur droit cette douleur existe aussi mais est moins vive. L'oppression continue, elle devient extrême; la malade se sent mourir. Un médecin appelé en toute hâte prononce le nom d'angine de poitrine et ordonne une potion à base de sirop d'éther. Ne pouvant supporter ni le goût ni l'odeur de l'éther la malade vomit; elle est aussitôt soulagée.

Deuxième accès : En mars de la même année, le soir encore, quelques minutes après le repas, nouvelle crise semblable à la précédente; mais cette fois la douleur gagne le plexus cervical. Le médecin, qui quelques jours auparavant l'avait soignée pour une angine érythémateuse simple, croyant peut-être à quelque complication laryngienne (œdème de la glotte) veut inspecter l'arrière-gorge. L'abaisse-langue fait vomir la malade et immédiatement elle est soulagée.

Autres accès : Depuis cette époque la malade a eu bien d'autres accès, mais persuadée de l'efficacité du vomissement, dès les premiers symptômes elle se hâte de le provoquer (vomitif, titillations de la luvette).

Examen de la malade : L'état général, malgré cet état

dyspeptique déjà ancien, est satisfaisant. Tout dénote en elle un tempérament nerveux. Pas de dilatation stomacale. L'examen du suc gastrique n'a pas été pratiqué. Cœur normal. Poumons normaux.

OBSERVATION II

(personnelle)

Le Docteur X..., est le type du véritable neurasthénique. « Je suis, nous a-t-il dit lorsque nous l'avons prié de nous raconter son histoire pour la relater dans notre thèse, un neurasthénique, un de ces neurasthéniques invétérés. »

Pas d'excès alcoolique, mais vie de préoccupations, vie très bouleversée. Il arrive à s'effrayer d'un rien « J'hypertrophie tout ».

Veilles prolongées; pas d'exercice après les repas; sédentérité complète. Ce genre de vie fait bientôt de lui un dyspeptique. Il ne change cependant rien à ses habitudes.

Un jour après le repas (3 heures environ après) il éprouve subitement une sensation à la fois bizarre et très douloureuse dans les membres inférieurs. Cette aura gagne rapidement la paroi abdominale et la paroi thoracique, elle est bientôt accompagnée d'une angoisse extrême avec tous les symptômes de la pseudo-angine de poitrine, ainsi que de vertiges, d'éblouissements et de tendance à la syncope.

A partir de ce jour les accès se répètent à intervalles de plus en plus rapprochés.

On croit d'abord à une lésion cardiaque : on examine son cœur, mais la percussion et l'auscultation sont négatives.

Très inquiet sur son sort, le Docteur X... abandonne sa clientèle, change ses habitudes, perd l'appétit et bientôt il

maigrit, des forces l'abandonnent. Un jour après le repas il a l'idée d'examiner son pouls : il constate une bradycardie passagère durant seulement pendant l'acte de la digestion (50-55 pulsations à la minute). Ce phénomène se répète après chaque repas.

En vain il emploie tous les médicaments possibles et imaginables ; ceux-ci souvent même provoquent les crises. « Si je voulais vous faire assister à une de mes crises, nous a-t-il dit, je n'aurais qu'à avaler une cuillerée à café de bicarbonate de soude, ou un cachet de sulfate de quinine ».

Il consulte un de ses amis, spécialiste en maladies nerveuses, qui prononce le nom « d'affection bulbaire ». Il est alors de plus en plus affolé et ne se console que le jour, où son ami Monsieur le Dr Thiercelin, lui affirme que tous ces troubles nerveux sont dûs à une affection stomacale.

Depuis ce jour, grâce à un traitement hygiénique sévère, les accès vont s'éloignant de plus en plus ; si par hasard ils reparaissent, le Docteur X... les fait avorter au moyen de divers exercices de gymnastique suédoise qu'il exécute avec beaucoup d'habileté.

Examen du malade : État général assez bon ; estomac légèrement dilaté ; l'examen du suc gastrique n'a pas été fait. Rien au cœur. Rien aux poumons.

OBSERVATION III

(communiquée par M. le Dr Thiercelin, chef de clinique)

Docteur G..., de Montréal (Canada).

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : quelques excès alcooliques pendant sa vie d'étudiant. Nervosisme.

C'est dans le courant du mois de juin 1898 que notre malade se plaint pour la première fois de certains troubles vagues du côté de l'estomac et du cœur (gêne épigastrique après les repas, s'accompagnant de palpitations cardiaques, de bouffées de chaleur au visage).

Cet état s'aggravant, il pense à modifier son genre de vie de par trop sédentaire. L'amaigrissement s'accroît.

Les palpitations apparaissent régulièrement après les repas pendant la période de la digestion.

Il se décide alors à aller voir un confrère, puis un second, puis un troisième, etc. Les diagnostics de néphrite chronique, d'artério-sclérose, de neurasthénie sont tour à tour portés. Il s'arrête surtout à ce dernier et se soumet au traitement de Weir-Mitchel qui jouit d'une grande vogue au Canada. Son état loin de s'améliorer s'aggrave ; bien plus l'asthénie musculaire apparaît. Il part pendant quelques jours à la campagne, puis revient à Montréal et s'administre force doses de bicarbonate de soude et de la magnésie. Le résultat de ce nouveau traitement est d'accroître les palpitations après le repas. Ces palpitations le préoccupent fort.

Il en arrive à croire qu'il est atteint d'une affection organique du cœur et se décide à venir à Paris.

Il va consulter un spécialiste en maladies de cœur (un médecin de la Charité) qui ne trouve rien au cœur mais diagnostique une neurasthénie due au surmenage. Ce diagnostic est confirmé par un médecin de la Salpêtrière, qui prédit la disparition des palpitations à la suite d'un traitement par les courants électriques. Pas d'amélioration pendant la durée de ce traitement (du 11 janvier 1899 au 23 mars).

A cette dernière date le Docteur G..., vient à l'hôpital

Saint-Antoine consulter M. le Dr Thiercelin. L'attention de ce dernier est bientôt attirée du côté de l'estomac. L'examen de cet organe à la vue, à la palpation, à la percussion ne dénote rien. Ni clapotage, ni succussion. Malgré tout, M. le Dr Thiercelin porte le diagnostic de gastrique. Il voit une corrélation entre l'affection stomacale et les troubles cardiaques. Il prie le malade de noter exactement l'état de son pouls pendant la période digestive, car au moment de l'examen le pouls est lent. Il se demande donc s'il est en présence d'un pouls lent permanent ou d'une bradycardie intermittente, liée à l'acte de la digestion.

Le malade revient deux jours après et dit avoir remarqué la bradycardie et les palpitations, mais seulement après les repas : ces deux phénomènes se suivent et se remplacent alternativement.

L'examen du suc gastrique est alors pratiqué : il dénote une légère hypopepsie. Nous avons donné les résultats de l'analyse au paragraphe de l'étiologie.

Le malade est soumis à un régime surtout hygiénique (kéfir, purées, viandes peu cuites) et à son départ de Paris en avril 1899, on constate déjà une amélioration sensible du côté des troubles stomacaux et cardiaques.

En terminant il faut ajouter que le cœur ne présentait aucune lésion. Poumons normaux.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Thiercelin)

Le nommé Vigues, 33 ans, entre le 13 janvier 1899, salle Béhier (hôpital Saint-Antoine), lit n° 21.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : nuls jusqu'à l'âge de 18 ans : à cet âge, dès son arrivée à Paris chez un serrurier où il rentre comme apprenti, il est atteint de la fièvre typhoïde. Il est soigné à l'hôpital Saint-Antoine (salle Andral).

Histoire de la maladie : En 1892, à la suite de la mort de sa femme, il se produit un changement dans son genre de vie : lui, assez sobre auparavant, s'adonne dès ce jour à la boisson d'une façon exagérée. (Absinthe, vin, eaux-de-vie). Il ne tarde pas à perdre l'appétit, à maigrir et à présenter tous les symptômes d'une gastrite due à l'alcoolisme (inappétence, pyroses, pituite, douleur épigastrique, insomnie, ou rêves terrifiants).

En 1894, il se remarie et dès ce jour régularise son existence. L'état dyspeptique persiste.

Mais en 1896, après un léger repas (quelques sardines et un œuf), en se rendant à son atelier, il est pris de vertiges, chancèle, et tombe. Durant le courant de cette même journée il éprouve au niveau de la région précordiale une douleur continue et assez forte. Il se plaint aussi d'une grande difficulté pour respirer. Le sirop d'éther le calme.

Les jours suivants après les repas, il est surtout tourmenté par des palpitations.

Il se livre dès lors aux mains des pharmaciens qui le purgent à outrance et lui font absorber tous les médicaments qu'ils peuvent imaginer. Le résultat est facile à deviner : la dyspnée, les palpitations, les vertiges, l'angoisse précordiale vont s'accroissant.

Il rentre une première fois à l'hôpital Saint-Antoine en 1897 : soumis au régime lacté, il en éprouve un soulagement tel qu'à sa sortie de l'hôpital il se remet quelques

jours au lait, dès que les troubles cardio-pulmonaires reparaissent.

Le 13 janvier 1899 il revient salle Béhier.

Examen du malade : 1°) système nerveux : symptômes de l'alcoolisme, accompagnés des stigmates de la neurasthénie, (idées noires; caractère irascible; peur de la mort). Il a tellement peur de mourir en allant à l'atelier qu'il porte constamment sur lui sa carte d'électeur pour qu'il soit facilement reconnu dans le cas où il tomberait dans la rue. Dès qu'il sent venir sa crise, il court comme un fou chez le pharmacien : rien ne l'arrêterait.

2°) *Estomac* : légère dilatation. Les résultats de l'analyse de son suc gastrique ont été donnés au chapitre de l'étiologie.

3°) *Cœur* : indemne. L'examen minutieux du cœur droit ne dénote aucune dilatation.

Il est soumis au régime lacté, et lorsqu'il sort de l'hôpital son état est très amélioré.



CONCLUSIONS

I. — Les principaux troubles cardio-pulmonaires observés pendant le cours des affections stomacales sont : la dyspnée, les palpitations, les crises de pseudo-angine de poitrine, la bradycardie, la tachycardie, l'arythmie.

II. — Ils frappent particulièrement des individus prédisposés (névropathes) et apparaissent généralement pendant la période de la digestion.

III. — De toutes les théories pathogéniques, les plus vraisemblables et les plus généralement adoptées sont la théorie réflexe et la théorie mécanique.

IV. — Le diagnostic étiologique est difficile : on ne jette pas assez souvent les yeux du côté de l'estomac.

V. — Le pronostic doit être réservé.

VI. — C'est vers l'estomac et non vers le cœur ou vers les poumons qu'il faut diriger toute sa thérapeutique ; le traitement sera surtout hygiénique.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ROBIN. — Traité de thérapeutique appliquée, fasc. X et XI.

TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, t. I.

DUROZIEZ. — Traité clinique des maladies du cœur.

POTAIN. — Leçons de clinique médicale de la Charité.

BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition.

HUCHARD. — Traité des névroses. — Traité des maladies du cœur et des vaisseaux. — Revue de médecine, 1883.

BARIÉ. — Revue de médecine, 1883.

PICARD. — Dyspnée d'origine alimentaire. Thèse de Paris, 1897.

MOREL. — Recherches expérimentales sur la pathogénie des lésions du cœur droit, Thèse de Lyon, 1880.

SCHIFF. — Tubing Archiv., 1847. — Lehrbuch der Physiologie. 1858-1859.

HABERSHONN. — Some clinical fact connected With the pathology of the pneumo-gastric nerve.

FOUBERT (Georges). — Des variations passagères du cœur.
Thèse de Paris, 1887.

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique, tome IV.

Médecine Moderne, 13 juillet 1895. Sur un cas d'asystolie aiguë d'origine gastrique (Leçon clinique, par G. Hayem).



Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
HAYEM

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GREARD

